187

Lane Medical Libra

Beiträge zur Casuistik der Wanderleber.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am Sonnabend den 26. Mai 1877

Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Felix Koehler

pract. Arzt,

aus Heinrichswalde in Ostpreussen.

Opponenten:

Dr. **Th. Conrad.**
Dr. **C. Niclou,** pract. Arzt
Drd. **E. Brünning.**

GREIFSWALD.

Druck der Universitäts-Buchdruckerei von F. W. Kunike.

1877.

Seinem lieben Bruder

Max Koehler

pract. Arzt zu Ragnit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die grosse Seltenheit der bis jetzt zur Beobachtung gelangten Fälle von Wanderleber, sowie das überaus grosse Interesse, welches die Dislocation dieses Organs wegen der Diagnostik der Abdominaltumoren und der durch dieselben häufig bedingten Complicationen und der wiederum von diesen und der Natur des Tumors abhängigen Therapie sich in neuerer Zeit erworben hat, veranlassen mich, einen mir von Herrn Professor Vogt gütigst zur Bearbeitung überlassenen Fall von hepar migrans zur allgemeinen Kenntnissnahme zu bringen. Um so mehr glaube ich zur Veröffentlichung des vorliegenden Falles geradezu verpflichtet zu sein, als in der gesammten medicinischen Literatur nur 8 verschiedene Fälle von Wanderleber verzeichnet sind, von denen der eine — Müller — noch schliesslich durch die Obduction als diagnostischer Irrthum constatirt wurde und ein anderer, früher beobachteter und in seinem Verlauf und Symptomencomplex sehr lebhaft an diesen erinnernder Fall — Piatelli — bei dem aber leider die Section verabsäumt wurde, wahrscheinlich als ebenfalls nicht hierher gehörig zu betrachten ist. Da man fernerhin noch niemals in der Lage gewesen ist, die Obduction einer Person mit Wanderleber machen zu können, so dürfte der beste

Weg, die noch in so grosses Dunkel gehüllte Aetiologie und pathologische Anatomie des in Rede stehenden Organs einigermassen klar zu stellen, wohl einzig und allein darin bestehen, aus einer möglichst grossen Anzahl gesammelter, genau beobachteter Fälle wenigstens eine theoretische Anschauung über die bestehenden Anomalieen sich zu bilden. In diesem Sinne durch Mittheilung nachstehender Krankengeschichte und einiger bei Beobachtung dieses Falles gemachter Erfahrungen die Forschungen auf diesem Gebiet zu unterstüzen, ist der Zweck meiner Arbeit.

Bevor ich jedoch auf die Schilderung des vorliegenden Falles genau eingehe, will ich mir erlauben, in gedrängter Kürze eine Uebersicht der bis jetzt beobachteten Fälle von Wanderleber mit Angabe der dazu benutzten Quellen zu geben. Die gesammte Literatur gebietet, wie gesagt, nur über sieben mehr oder minder ausführlich beschriebene Abhandlungen über diesen seltenen Gegenstand. Der erste Fall wurde von Cantani [Ann. univers. di Medicina. Milano 1866. Nov. pag. 373—382] im Jahre 1866 beobachet und genau beschrieben. Der zweite wurde 2 Jahre später von Romolo Piatelli [Riv. clin. VII. 8. pag. 239. 1866] publicirt, dessen Aechtheit ich mir bereits nach den neuerdings von Müller gemachten Erfahrungen zu bezweifeln erlaubte. Unmittelbar darauf und unabhängig von diesen beiden italienischen Autoren berichtete in Deutschland zuerst Meissner in der 164. Sitzung der Gesellschaft für Geburtshülfe zu Leipzig über einen Fall von Wanderleber und stellte

diese alle drei bis dahin beobachteten Fälle von Wanderleber kritisch beleuchtend nebeneinander.

Diesen Vortrag, welcher uns fast wörtliche Uebersetzungen der beiden genannten italienischen Beobachter bringt und uns mit der ganzen Anschauungsweise Meissner's über die Aetiologie, pathologische Anatomie, Diagnostik und Therapie der Wanderleber bekannt macht, und worin die Ansichten Cantanis, denen sich Piatelli im wesentlichen anschliesst, über die ursächliche Entstehung und den Vorgang der Leberdislocation in den Hauptzügen widerlegt werden, finden wir in „Schmidt's Jahrbücher, Band 141 pag. 107" dem ursprünglichen Wortlaut nach wiedergegeben.

Die nun folgenden vier Fälle sind zusammen mit dem durch die Section nicht bestätigten Müller'schen ganz kurz und schematisch dargestellt in einer längeren diesen Gegenstand ausführlich behandelnden Arbeit Leopold's im „Archiv für Gynaekologie Band VII. pag. 164. 1874." Die Originalarbeiten, denen Leopold das Material zu seiner Zusammenstellung entnommen hat, befinden sich für den Winkler'schen Fall im „Archiv für Gynaekologie Bd. IV. pag. 145. 1872"; für den Fall von Barbarotta in „II. Morgagni XII. pag. 848. 1870" und in deutscher Uebersetzung in den Schmidt'schen Jahrbüchern Bd. 149. pag. 170. Jahrg. 1871; für den Fall von Vogelsang in Memorabilien XVII. 2.

In der oben erwähnten Arbeit Leopold's „zur Lehre von der Wanderleber" finden wir ausser seinem eigenem neu hinzugefügten Falle alle soeben genannten Originalberichte in ihrem wesentlichen Zusammen-

hang und Gedankengang wiedergegeben und mit Sorgfalt und Schärfe richtig kritisirt.

Nach diesem kurzen Ueberblick über die gesammten, spärlichen literarischen Produkte, in welchem wir alles bisher über Wanderleber bekannt gewordene verzeichnet finden, will ich die Krankengeschichte meiner Patientin, welche in mehrfacher Hinsicht von den bis jetzt publicirten abweicht und so einige neue, interessante Gesichtspunkte für die Betrachtung unseres Gegenstandes eröffnet, folgen lassen:

Bertha L., Arbeiterfrau aus Greifswald, 54 Jahre alt, stammt nach ihrer Aussage aus gesunder Familie, in welcher hereditäre oder constitutionelle Krankheiten irgend welcher Art nicht zu ihrer Kenntniss gekommen sind. Patientin selbst ist ebenfalls bis vor drei Jahren stets gesund gewesen und Mutter von neun Kindern. Sie hat während ihrer achtzehnjährigen Ehe das erste Mal einen Abortus, dann in ziemlich kurzen Zwischenräumen acht normale, aber sehr schwere Entbindungen, darauf wieder einen Abortus und schliesslich vor fünf Jahren noch eine normale schwere Entbindung überstanden. Menstruationsanomalien irgend welcher Art sind bis vor drei Jahren nicht vorhanden gewesen. Die zu dieser Zeit auftretende, überaus schmerzhafte und profuse Menstruation verlangte ärztliche Hülfe und cessirte dann gänzlich. Seit dieser Zeit datirt Pt. ihr jetziges Leiden und glaubt es mit genanntem Umstande in ursächlichen Zusammenhang bringen zu müssen. Die Beschwerden waren sehr gering und bestanden nur in einem „Gefühl, als ob der Leib immer nach

unten gezogen werde“ und bisweilen in einem gewissen Druckgefühl an oberflächlichen Parthieen des abdomen. Es wurde damals eine Senkung der Gebärmutter constatirt und seither von der Patientin mit gutem Erfolge ein Hysterophor getragen. Jene erwähnten subjectiven Symptome bestanden weiter fort, doch waren sie so geringgradig, dass Pt. in keiner Weise genöthigt war, ihre schwere, häusliche Arbeit zu unterbrechen. Plötzlich wurde sie am 27. Juli 1876 von Ischurie befallen und die an diesem Tage von Herrn Prof. Vogt vorgenommene Untersuchung, welche zur Entdeckung der in Rede stehenden Leberanomalie und der hierdurch bedingten Urinverhaltung führte, ergab folgenden status praesens:

Mittelgrosse, mässig kräftig gebaute Frau, welche im Allgemeinen den Eindruck eines etwas leidenden Individuums macht. Die Haut erscheint welk und trocken, aber ohne Spur einer icterischen Verfärbung. Die Spannung ist überall vermindert. Am abdomen sind die mit sehr zahlreichen Schwangerschaftsnarben versehenen Bauchdecken so sehr erschlafft und verdünnt, dass man schon bei der Inspection an einzelnen Stellen Darmschlingen deutlich von einander unterscheiden kann. Ausserdem ergiebt die Besichtigung des abdomen in horizontaler Rückenlage in der rechten Hälfte einen kindskopfgrossen, mässig prominenten, von normaler Haut bedeckten Tumor, welcher von der rechten spina ant. sup. bis zur Symphyse reicht. Auf Befragen giebt Pt. an, sie habe das plötzliche Auftreten desselben nicht genau bemerkt, glaube aber, dass er

bereits mehrere Jahre und wahrscheinlich seit jener Zeit, als ihr das Pessarium gegeben wurde — 3 Jahre — bestehe. Ueber etwaiges, allmähliges Tiefertreten des Tumor innerhalb dieses Zeitraumes fehlen der Patientin jede Beobachtungen. Die Entfernung vom processus xyphoideus bis zur symphysis ossium pubis beträgt 27 Cm., vom untern Rande der 11. Rippe bis zur spina anter. sup. 13 Cm. Die Palpation des abdomen wird durch die colossale Erschlaffung der Bauchdecken so erleichtert, dass man, ohne der Pt. Schmerzen zu machen, die einzelnen inneren Organe gut herausfühlen und selbst die Körper der Wirbelsäure erreichen kann. Unter diesen Umständen ist es ein leichtes, den ganzen Tumor zu umgreifen und zu constatiren, dass seine Oberfläche glatt, dass er nach oben hin leicht verschieblich und mit den anliegenden Organen nicht verwachsen ist und dass seine Contouren und die ganze Figuration auf das Genauste mit den Umrissen und der normalen Grösse einer Leber übereinstimmt. Man fühlt deutlich oben über die grössere Convexität herüber, unten den scharfen Rand mit der incisura interlobularis, sowie die Gallenblase mit dem ductus choledochus und das lg. suspensorium. Die Percussion des abdomen ergiebt überall tympanitischen, nur über der Geschwulst gedämpften Schall. Die Leberdämpfung an der normalen Stelle fehlt; der sonore, volle Lungenschall geht rechts in der Parasternallinie an der 5. Rippe, in der Mamillarlinie an der 6. Rippe, in der Axillarlinie an der 8. Rippe, und bei linker Seitenlage nach rechts und unten vom proc. spinosus des 10. Brustwirbels

direkt in den hellen tympanitischen Darmton über. Die Dämpfung der rechten Niere befindet sich an der normalen Stelle; ebenso die der Milz. Der Versuch, sowohl bei stehender Stellung als bei Horizontallage der Patientin, die flache Hand unter den rechten Rippenrand zu schieben, gelingt mit überaus grosser Leichtigkeit und constatirt das Fehlen der Leber an ihrer normalen Stelle. Es ist somit sehr wahrscheinlich, dass der betreffende Tumor die herabgesunkene Leber ist. Zur Gewissheit wird sodann diese Annahme durch die leichte und vollständige Repositionsfähigkeit dieser Geschwulst an die normale Leberstelle. Ein mit beiden Händen ausgeübter, leichter Druck in der Richtung nach oben genügt, um auch den scharfen Rand der Leber vollständig unter dem Rippenbogen verschwinden zu lassen. Erhält man sie in dieser Stellung, so ist die normale Leberdämpfung in normalem Umfange vorhanden. Der Act der Reposition selbst ist fast vollständig schmerzlos, während die geringen subjectiven Beschwerden, so lange die Leber an ihrer richtigen Stelle liegt, gänzlich schwinden. Entfernt man die die Leber stützende Hand, so gleitet erstere sofort wieder herab und nimmt ihre alte perverse Stellung ein.

Die oben erwähnte retentio urinae wurde, nach Erhebung der Leber, durch Injectionen mittelst des Katheters leicht beseitigt und ist, so lange das Herabgleiten der Leber durch Tragen einer Leibbinde verhindert wurde, nicht wieder eingetreten. In letzter Zeit mochte Pt. die Leibbinde, die ihr anfangs sehr angenehm war, nicht tragen, weil sie zu stark den

untern Leberrand drückte, und bemerkt nun bisweilen wieder die erwähnten Urinbeschwerden, zu welchen sich ebenfalls ganz neuerdings geringe „ziehende“ Schmerzen im Kreuz in der Gegend der letzten Brust- und ersten Lendenwirbel hinzugesellt haben.

Das sonstige Allgemeinbefinden der Patientin ist augenblicklich — 12. Mai 1877 —, abgerechnet von den geringen Beschwerden, welche die so wenig hochgradige Senkung der Gebärmutter, die Ueberwindung der zeitweisen Urinretention und die herabgesunkene Leber selbst verursachen, nach nunmehr zehnmonatlicher Beobachtung und den Angaben der Patientin zu Folge, nach dreijährigem Bestehen des Leidens ein gutes zu nennen. Die erwähnten Beschwerden machen sich meistens erst bei anstrengender Arbeit, beim Heben und Tragen schwerer Gegenstände (Getreidesäcke), besonders wenn damit Treppensteigen verbunden ist, geltend und fehlen bei ruhiger Bettlage gänzlich.

Niemals sind während der Beobachtungszeit icterus oder andere Krankheiten aufgetreten; ebensowenig sind Anomalieen des Respirations- und Digestionstractus, sowie des Circulationsapparates und Nervensystems nachweisbar. Die Diagnose ist nach dem bisher mitgetheilten Befunde mit absoluter Sicherheit auf Wanderleber zu stellen, so dass eine Verwechselung mit ähnliche Erscheinungen bietenden Krankheitsformen nicht stattfinden kann. Ich verweise überhaupt in Bezug auf die Differentialdiagnose, da sie mit unseren Verhältnissen genau übereinstimmt, auf die in Meiss-

ner's Arbeit [1]) aufgestellte. Diese Mittheilungen mögen genügen, um uns die gehörige Einsicht über den Zustand und den Krankheitsverlauf unserer Patientin zu verschaffen.

Um nun auch einen kurzen Ueberblick über die Krankengeschichten der sieben andern Frauen mit Wanderleber zu gewinnen, will ich die von Leopold aufgestellte Tabelle, auch mit dem Müller'schen Falle, da er uns später ein interessanter Gegenstand unserer Betrachtung sein wird, hier folgen lassen und zur leichteren Vergleichung und Beurtheilung meinen eigenen Fall nach denselben Gesichtspunkten geordnet der Vollständigkeit halber als neuesten in letzter Reihe hinzufügen:

---

1) Schmidt's Jahrbücher Band 141. pag. 113.

Autor.	Alter. J.	Kinder.	Früherer Gesundheitszustand.	Gesundheitszustand der Anverwandten.	Menstruation.	Anamnese und Status praesens.	Tumor.	Angebliche Ursache.	Therapie.	Weitere Verla
Cantani	54	2. Kind im 27. J. 3. Kind im 43. Jahr.	früher Peritonitis puerperalis	Mutter starb an Hydrops; Schwester an carcin. mammae.	Immer regelmässig bis 50 Jahre.	Seit der letzten Geburt eine bewegliche Geschwulst im Leibe bemerkt. Die Frau ist kräftig und gesund. Leberton fehlt.	Reponirbar in die Lebergegend. Unterer Leberrand und incisura interlob. bei der Reposition fühlb.	Schnürbrust.	Schnürbrust entfernt.	Gut währ 11 Jahre
Piatelli	56	Verheirathet im 19. Jahr Abort im 3. Monat der 1 Schwangerschaft. 2. Schw. normal.	Im 23 J. chr. Gelenkrheumatismus. Im 29. J. chr. Bronchitis. Im 43. J. chr. Peritonitis.	Eltern gesund.	Seit dem 15. bis 49. J. regelmässig, seitd. fleischwasserähnl. Ausfluss.	Seit der chron. Peritonitis im 43. J. eine Geschwulst bemerkt. Leibesumfang in Nabelhöhe 90 Cm., zwischen Nabel und Symphyse 97 Cm.	Reponirbar nicht vollständig.	Festes Schnüren.	Ein Kissen wurde nicht vertragen; ebensowenig kalt. Duschen auf die Lebergegend.	Trug den T mor 13 Jah Tod unter dropisch. scheinung Keine Secti
Heissner	39½	1. Kind i. 28 J. 2. Kind i. 30 J. 3. Kind i. 39 J.				Klagt über Druck und Völle im Leibe 3 Mon. nach der letzten Geburt. Leberdämpfung fehlt.	Reponirbar Scharfer unterer Rand. Incisura interlobularis.	Schnüren.	Tragbänder, Leibbinde aus Gummifäden.	Gut währ 6 Jahre.
Winkler	29	1. Kind im 23. J. Hängebauch. 2. Kind im 29. J. Hängebauch.	Stets gesund.			4 Wochen nach der letzten Geburt Schmerzen in der rechten Seite bei Heben, Tragen, Stehen etc. Leib sehr schlaff. Leberdämpfung fehlt.	Völlig reponirbar. Ränder gut umfassbar. Geht herab bis zur Crista und Spina ant. sup.	Hängebauch.	Nach der 2. Entbindung Leibbinde. 2 Jahre später wieder Schmerzen u. Icterus. Wieder Binde	Bis zum Jahre wo

Autor.	Alter. J.	Kinder.	Früherer Gesundheitszustand.	Gesundheitszustand der Anverwandten.	Menstruation.	Anamnese und Status praesens.	Tumor.	Angebliche Ursache.	Therapie.	Weiterer Verlauf.
Barbarotta	37	Sechs Kinder.	—	—	—	Schmerzen in der rechten Seite. Leberdämpfung fehlt.	Reponirbar. Oberer Geschwulstrand 4 Finger weit vom untern Rippenrande.	Letzte schw. Schwangerschaft und stark. Schnüren.	—	—
Vogelsang	c50	3 Kinder.	—	—	Menstruation fehlt seit 1 J. bei Beginn d. Leidens.	Die Frau hält sich erst für schwanger. Schmerzen in der rechten Seite fehlen. Leberdämpfung fehlt.	Glatt; quer unter dem Nabel nach der entgegengesetzten Seite gehend.	Stark. Schnüren bei sehr schlanker Taille.	—	Nie icterus.
Leopold	54	7 Kinder 1. im 29. J. 7. im 47. J.	Immer wohl.	Mutter starb an Wassersucht.	Normal bis 50 J.	Seit ½ J. Schmerzen in der rechten Seite. Leib sehr schlaff, durchgreifbar. Leberdämpfung fehlt.	Reponirbar. Ränder sehr deutlich.	Hängebauch Schnüren } ?	Leibbinde.	Bisher gut.
P. Müller	57	— — —	Als Kind gesund.		Trat spät ein, war 3tägig bis zum 52. J.	Seit Aufhören der Menses allmählig Abmagerung u. Leibesschwellung. Leberton fehlt. 2 Tumoren	Der obere grössere hat einen untern scharfen Rand, eine Art incis. interl. u. glatte Oberfläche (Diagn: disloc. Leber). Reponirbar? Die Kindskopfgrosse untere ist rechts über der Symphyse. Diag. Ovariencyste.	— —	Wiederholte Punctionen des ascites.	Tod im 58. J. Section: De obere Tumor war d. durch chr Perihonitis star verdickte Netz der untere ein Ovariencyste; Leber an norm Stelle, zur Hälft verkleinert, vo Magen u. Dünn darm bedeckt
Vogt	54	1 Abort 8 Kinder. 1 Abort. 1 Kind.	Immer gut bis vor 3 Jahren.	Gut. Todesursache der Eltern unbekannt.	Normal bis zum 50. Jahre. Dann profuse, schmerzhaft u. Cessiren.	Seit 3 Jahren geringes Gefühl von Ziehen u. Druck in der rechten Abdominalhälfte Sehr geringgradige Senkung des uterus. Vor 10 Monaten Ischurie, Tumor in der recht. regio hypogastr. Bauch-	Leicht reponirbar. Exquisit ausgesprochene Figuration einer Leber	Viele schw. Geburten u. schlaffe Bauchdecken.	Reposition des Tumors u. Leibbinde mit Pelotte.	Gut, solange d Leibbinde ertragen wurde Monate). Da Druck im Leib u. Schmerzen i Rücken.

Es würde nun zu weit führen, wollte ich alle von den genannten Autoren — Cantani, Meissner, Winkler, Leopold, — über unsern Gegenstand ausgesprochenen Ansichten aus oben genannten Quellen citiren und einer Kritik unterwerfen; ich verweise vielmehr in dieser Beziehung einmal auf die oben angeführten Originalberichte und schliesse mich in letzter Beziehung der Hauptsache nach den Auslassungen Leopold's an. Mich hierauf beziehend und der Ansicht, dass nur die Obduction volle Klarheit in die dunkeln, aetiologischen Verhältnisse bringen und die pathologischen Prozesse einzig und allein endgültig ergründen kann, übergehe ich die Erörterung der verschiedenen zur Zeit herrschenden Anschauungen über das Zustandekommen der Wanderleber und will weder der Meissner'schen noch der Winkler'schen Theorie — obwohl mir erstere viel mehr für sich zu haben scheint — das Wort reden, noch die allerdings unhaltbare Lehre Cantanis und Piatellis ganz verdammen; vielmehr scheint es mir dem Zweck meiner Arbeit näher liegend und für den praktischen Nutzen erspriesslicher zu sein, in Folgendem meine Beobachtungen, welche ich den Krankengeschichten der 7 publicirten Fälle von Wanderleber entnommen, sowie die Ansichten, welche ich mir dem entsprechend über meinen eigenen Fall gebildet habe, kurz zu entwickeln:

Die mit Wanderleber behafteten Personen sind sämmtlich Frauen, die mehrfach geboren, schlaffe Bauchdecken resp. Hängebauch haben, sich aber in sehr verschiedenem Alter befinden. Die jüngste

ist 29 Jahre, die älteste 54 Jahre alt. Ebenso verschieden ist das Auftreten des qu. Tumors nach der letzten Entbindung: der Zeitraum schwankt zwischen 4 Wochen (Winkler) und 7 (Leopold) resp. 23 Jahren (Piatelli). Als Ursache finden wir von den Autoren festes Schnüren, schwere Schwangerschaft, zu frühes Aufstehen nach dem Wochenbett, Hängebauch und Heben schwerer Lasten angegeben. Die Menstruation war in 3 Fällen bis zu den klimacterischen Jahren hin normal; in 1 Falle (Vogelsang) cessirte sie seit einem Jahr vor Beginn des Leidens; in meinem Falle trat nach stets regelmässiger Menstruation im 51. Lebensjahre Menorrhagie mit colica menstrualis ein; in den andern 3 Fällen fehlen die Angaben darüber. Entzündungserscheinungen am abdomen fehlen überall, nur beim Piatellischen Fall bestand beim Erscheinen des als Wanderleber beschriebenen Tumors eine chronische Peritonitis. Weil dieser Fall also ganz andere Erscheinungen als alle anderen zeigt, nicht zur Obduction gekommen ist und, wie bereits bemerkt, sehr an die von Müller diagnosticirte Wanderleber erinnert, welche sich bei der Section als das „durch chron. Peritonitis stark verdickte Netz“ herausstellte, lasse ich Piatellis eigene Worte,[1]) welche den Zustand des abdomens schildern, folgen: „Die Patientin litt ca. im 43. Jahre an einer Unterleibskrankheit, angeblich Hydropsie, vielleicht von chron. Peritonitis abhängig. Der Leib war geschwollen, gespannt und hart, mit dem

1) Schmidts Jahrbücher Band 141, pag. 113.

Gefühl von Schwere im Hypogastrium; sie war nicht genöthigt gewesen, im Bett zu liegen, sondern konnte ihre leichten Beschäftigungen betreiben. Während dieser Krankheit hatte die Patientin am vordern Theil des Unterleibes eine Geschwulst bemerkt, die sie einem Stück Fleisch verglich.“ — Das Allgemeinbefinden wird durch die veränderte Lage der Leber wenig oder gar nicht alterirt: in 4 Fällen haben die Frauen gar keine Beschwerden gehabt, nur zuweilen, wie Cantanis Patientin sich ausdrückt, „ein geringes Schwere- und Völlegefühl im Unterleibe beim Gehen, als ob sie fortwährend schwanger sei;“ in 3 Fällen (Winkler, Barbarotta, Leopold) mässige Schmerzen in der rechten Seite; in meinem Falle bestehen in den letzten Wochen Kreuzschmerzen. Folgeerscheinungen sind nur 2 Mal beobachtet worden: in dem Falle von Winkler trat ein vier Wochen anhaltender Icterus und bei meiner Patientin die oben erwähnte retentio urinae ein. — Der Tumor wurde unter diesen Erscheinungen, ohne seine Grösse zu verändern, Jahre lang getragen: am längsten trug ihn die Frau, deren Krankengeschichte Piatelli mittheilt, nämlich 13 Jahre lang. Patientin starb dann unter den Erscheinungen von Hydrops und Peritonitis, so dass „es sehr wahrscheinlich ist, dass nicht die dislocirte Leber, sondern die die Entstehung der Geschwulst begleitende chronische Peritonitis die Todesursache gewesen ist.“[1]) Die übrigen Fälle werden nunmehr seit

1) Leopold: Archiv für Gyn. VII, pag. 157.

11, 6, 4 und 3 Jahren bei gutem Wohlbefinden der Patientinnen beobachtet.

Der Symptomencomplex, wie er sich aus allen bisher beobachteten Fällen, zu welchen ich auch den Müllerschen rechnen will, da gerade er in diagnostischer Beziehung von eminenter Wichtigkeit ist, zusammenstellen läst, ist im Allgemeinen folgender:

Die Bauchdecken sind immer — nur beim Piatellischen und Müllerschen Falle bestand wegen ascites starke Auftreibung des Leibes — sehr schlaff oder es besteht Hängebauch, so dass in der Regel schon die Inspection, immer aber die wegen Fehlen jeglicher Entzündungserscheinungen — mit Ausnahme der Fälle von Piatelli und Müller — stets schmerzlose Palpation in der rechten Seite des abdomen einen Tumor erkennen lässt, dessen glatte Oberfläche und charakteristische Contouren der Gestalt der Leber ungemein ähnlich sind. Bisweilen war es möglich, die Gallenblase (Leopold) und das lg. suspensorium (Winkler) zu fühlen; die incisura interlobularis wurde in allen Fällen, auch von Müller, deutlich erkannt; in meinem Falle ist sehr bequem das lg. suspens., Gallenblase und die incisura interlob. herauszufühlen. Dadurch, dass man die ganze Geschwulst umgreifen und sie als ein isolirtes, bewegliches Ganzes abgrenzen kann, erkennt man, dass „ein Zusammenhang mit anderen Organen des Beckens nicht besteht.“

Die Lage des Tumor ist stets hauptsächlich in der rechten Hälfte des abdomen, ragt nach links bis zur linea alba oder etwas über sie hinaus und erreicht nach

unten zu häufig den horizontalen Schambeinast oder die Symphyse. Die Percussion constatirt das Fehlen der Leberdämpfung an der normalen Stelle: der volle sonore Lungenschall geht rechts an der normalen unteren Lungengrenze direct in den durch Vorlagerung von Darmschlingen bedingten, hellen tympanitischen Darmton und dieser erst weiter nach abwärts an der oberen Grenze des Tumor in den gedämpften Ton der hierher dislocirten Leber über. Diagnostisch wichtig ist ferner, constatiren zu können, dass die soweit als Leber erkannte Geschwulst seit ihrem Erscheinen keine Veränderung ihrer Grösse erlitten hat. Allerdings könnte auch eine Wanderleber durch pathologische Processe vergrössert werden, doch würden dann die damit verbundenen Symptome einen solchen Zustand eben so leicht klar legen, wie an einer an normaler Stelle befindlichen Leber. Sehr wichtig ist schliesslich — und hierauf möchte ich ein Hauptgewicht legen — zur Sicherstellung der Diagnose die Möglichkeit, den Tumor, welcher alle genannten charakteristischen Eigenschaften besitzt, leicht an die Stelle zu reponiren, wo normaler Weise die Leber liegt. Gelingt die Reposition nicht vollständig und ist der Versuch mit erheblich gesteigerten Schmerzen verbunden, so darf man die Diagnose auf hepar migrans nicht stellen. Ich glaube, dass gerade dieser Umstand in den beiden Fällen von Piatelli und Müller zu wenig Berücksichtigung gefunden hat und, wenn er von den genannten Autoren in der von

mir aufgefassten Weise gewürdigt wäre, kaum die Diagnose auf Wanderleber gestellt worden wäre. Von der Repositionsfähigkeit des von Piatelli beschriebenen Tumor heisst es[1]) „P. versuchte die Geschwulst zu reponiren. Dieses gelang ihm jedoch nicht vollständig, er konnte sie nur bis unter den Rippenbogen in die Höhe heben.“ Müller erwähnt einen Repositionsversuch gar nicht einmal; es ist somit anzunehmen, dass er einen solchen auch nicht gemacht hat. Selbstverständlich wäre derselbe von negativem Erfolge und jedenfalls von heftigen Schmerzen wegen der Zerrung des Netzes begleitet gewesen. Ebenso vermisst man in dem Berichte von Vogelsang jede Angabe über diesen wichtigen Punkt. In den übrigen 6 Fällen konnte die vollständige Reposition leicht ausgeführt werden und führte stets, wenn beim Aufrechtstehen oder Gehen jenes „Gefühl von Druck und Völle“ vorhanden war, sehr wesentliche Erleichterung oder gänzlichen Schwund dieser Beschwerden herbei, sodass Cantanis Patientin sagte:[2]) „Sie empfinde, dass der Bauch nunmehr frei von jedem Schweregefühl und von jeglicher unangenehmer Empfindung sei.“

Es erübrigt nun noch, mit einigen Worten der Therapie der wandernden Leber zu gedenken. Dieselbe ist, wie Cantani sagt, „ebenso ohnmächtig gegen diese ausserordentliche Beweglichkeit der Leber, wie gegen die der Milz und der Niere. Der Indication,

1) Schmidts Jahrb., Band 141, pag. 113.

2) Schmidts Jahrb., Band 141, pag. 109.

eine Verkürzung der Peritonealfalten herbeizuführen, zu genügen, ist unmöglich.“ Daher ist das therapeuthische Bestreben, — soweit die Berichte darüber Mittheilung machen — nur darauf gerichtet gewesen, der Leber durch Leibbinden und Kissen eine feste Unterlage zu geben, um sie ihrem normalen Platze soviel wie möglich zu erhalten.

Nur Piatelli hat den Versuch gemacht, durch Application der kalten Douche die erschlafften Bauchdecken und Bänder contractiler und resistenter zu machen, ohne jedoch damit zum Ziele gelangt zu sein oder einen Nachahmer gefunden zu haben. Am leichtesten gewinnen wir einen guten Ueberblick über die in den einzelnen Fällen eingeschlagene Therapie und deren Erfolge, wenn wir den betreffenden Passus der Leopold'schen Arbeit, (Arch. für Gynaek. VIII pag. 157.) welche einen Auszug aus den oben erwähnten Originalberichten darstellt, folgen lassen. „Piatelli versuchte durch ein mit Bändern befestigtes Kissen die nach oben zurückgeschobene Leber in dieser Lage zu erhalten und rieth der Kranken, jeden Morgen in der Rückenlage bei etwas erhöhtem Becken, eine kalte Douche auf die rechte Hälfte des Unterleibes machen zu lassen. Beides unterliess aber Patientin bald, obschon sie nach der ersten Douche das Gefühl gehabt hatte, als ob sich im Unterleibe etwas von unten nach oben hinaufzöge. Meissner liess „alle Unterkleider durch Knöpfen an einem locker anliegenden Gurt befestigen, der durch Achselbänder getragen wurde; ausserdem am Tage stets eine eng anliegende, aus Gummifäden

gewirkte Leibbinde anlegen, durch die es bis jetzt zwar nicht geglückt ist, die Leber vollständig in ihrer normalen Lage zurückzuhalten, durch die jedoch das Herabsteigen auf ein weit geringeres Maass zurückzuführen gelang, indem des Abends jetzt der untere Leberrand den rechten Rippenbogen höchstens um 2 Zoll überragt.“ Winkler legte bald nach dem Auftreten der Geschwulst ebenfalls eine Leibbinde an, doch „ziemlich fest, sodass besonders der Unterbauch fest comprimirt wurde. Darauf blieb Patientin völlig schmerzfrei, bis sie ungefähr 1 Jahr später (October 1869) die Binde ablegte, weil sie nur leichte Arbeit hatte. Aber auch jetzt befand sie sich wohl bis März 1870, wo sich nach einer schweren Arbeit beim Waschen die alten Schmerzen, und fast noch intensiver wie früher, einstellten; allmählich entwickelte sich auch ein mässiger Icterus, der etwa 4 Wochen anhielt. Pt. hatte die letzte Zeit im Bette zugebracht und dann von Neuem die bewährte Binde an- und seitdem auch nicht wieder abgelegt. Seit Ostern 1872 hat sie sich völlig wohl gefühlt.“ Leopold's Patientin „trägt insofern mit Vortheil eine breite Leibbinde, als darnach wenigstens die Schmerzen ziemlich nachgelassen haben.“ Cantanis Patientin begnügte sich mit Entfernung der Schnürbrust und „geniesst fortwährend der besten Gesundheit.“ Die Berichte von Barbarotta und Vogelsang lassen uns in Betreff ihrer eingeleiteten Therapie leider völlig im unklaren, da ihrer mit keiner Silbe gedacht ist. Unsere Patientin trug in den ersten 9 Monaten eine fest um den Leib gelegte Leinwandbinde und be-

fand sich dabei sehr wohl; dann traten Schmerzen ein in Folge des Druckes der Binde auf den scharfen Leberrand, so dass sie fortgelassen werden musste. Wegen der neuerdings wieder aufgetretenen Beschwerden erhält Patientin jetzt eine elastische Binde mit weicher, gepolsterter Pelotte, welche einen sanften, leichten stützenden Druck auf die Leber ausüben soll.

Es dürfte jetzt am Platze sein, die Symptome, welche unsern Fall von den bisher beobachteten, differentiell charakterisiren, kurz zu skizziren. Vor allen Dingen will ich die retentio urinae hervorheben, welche als Folge der herabgesunkenen Leber bis jetzt noch nicht zur Beobachtung gekommen ist. Es ist dieser Zustand wohl so zu erklären, dass die bis auf den horizontalen Schambeinast resp. auf die Symphyse herabhängende und in die excavatio vesico-uterina eingedrungene Leber die gefüllte Harnblase oder den Anfangstheil der urethra nach vorn und auf den oberen Theil der genannten Knochen herabdrängt und durch den Druck ihrer Schwere dieses Stück der Harnblase oder der Harnröhre abknickt, entweder direkt durch Auflagerung des unteren Randes oder indirekt durch Compression der jeweilig oben und hinter der Blase lagernden intestina, und den Abfluss des Urins verhindert.

Der von der Patientin angegebene Schmerz an der Wirbelsäule ist genau localisirt auf die Insertionsstelle der lgg. coronarium und triangularia an das Zwergfell. Es spricht diese Erscheinung gegen die Ansicht Winklers, welcher „die Quelle der Schmerzen am ehesten

in die zum hilus hepatis laufenden Stränge verlegen möchte, die bei Nachgiebigkeit der andern Ligamente Zerrung sowohl, als auch Torsion erleiden und als nervenreiche Bahnen am meisten noch darauf in Form von Schmerzen reagiren werden.“ Nach unserm Falle zu urtheilen, entstehen die Schmerzen gerade an oben erwähnter Stelle durch Zerrung der Bänder, da sie praecise hier und nicht am hilus der weit von hier entfernten Leber empfunden werden.

Um endlich noch mit wenigen Worten auf die aetiologischen Anschauungen, wie ich sie mir nach Beobachtung meines Falles gebildet habe, zurückzukommen, erlaube ich mir folgendes zu bemerken: Sowie der uterus sich nach Erschlaffung des ihn fixirenden uud stützenden Gewebes zum Herabsinken geneigt ist, ebenso wird auch die Leber nach Auflockerung der sie tragenden Bänder nach dem Gesetze der Schwere bestrebt sein, tiefer zu treten. Als Grund für die Auflockerung der Uterusbänder und des Scheidengewölbes sieht man hauptsächlich die Geburt und „nachlässig überstandene Wochenbette“ an und nimmt dann an, dass der noch hypertrophische und schwere Uterus die der Elasticität beraubten Bänder nach unten dehne und herabsinke. Welche Umstände eintreten müssen, um die Bänder, welche Träger einer Leber von normalem Gewicht sind, zu erschlaffen, ihre Elasticität zu vernichten und dem Herabgleiten der Leber freien Spielraum zu gewähren, muss dahin gestellt bleiben, weil sichere Ergebnisse authentischer Forschungen darüber fehlen; jedenfalls aber will ich an dieser Stelle

nur die Ansicht aussprechen, dass die Erschlaffung und die daraus resultirende Dehnung der lgg. suspensorium, coronarium, triangularia die primäre Vorbedingung für das Herabtreten der Leber ist; ob nun dabei eine von Meissner „praeformirte Bauchfellduplicatur — quasi Mesohepar — ganz analog den Verhältnissen der wandernden Milz als praedestinirendes Moment" anzunehmen ist, kann einzig und allein die Obduction entscheiden. Als zweiten nothwendigen Factor zur Entstehung der Wanderleber haben wir schlaffe Bauchdecken oder Hängebauch zu betrachten. Diese Veränderung der Abdominalwandung ist, wie die Literatur lehrt, zwar ein nie fehlendes Moment zur Ausbildung der Wanderleber, sie ist aber erst als secundäre Grundbedingung aufzufassen; denn wenn sie die primäre Ursache abgeben würde, so müssten fast jeder Hängebauch und alle erschlafften Bauchdekken Wanderlebern bergen.

Zum Schluss will ich mir einige Bemerkungen über die Nomenclatur der sogenannten Wanderleber erlauben. Ich glaube nämlich, es wäre der Natur der letzteren angemessener und den Verhältnissen, wie sie sich bei der Dislocation anderer Abdominalorgane abspielen, mehr entsprechend, den seit Cantani gebräuchlichen Namen hepar migrans oder ambulans fallen zu lassen und den Vorgang, wie er uns zur Anschauung kommt, als descensus hepatis zu bezeichnen. Ich habe die alten Ausdrücke zwar in meiner ganzen Arbeit beibehalten, hielt es aber für zweck-

mässiger, dieser Erwägung erst nach Erörterung des Vorangegangenen an dieser Stelle Raum zu geben. Die schon lange bekannte Wandermilz und Wanderniere, welche der erst in neuester Zeit entdeckten Leberdislocation den Namen eingetragen haben, zeigen ganz andere Verhältnisse, als wir sie hier finden. Denn während sich z. B. die wandernde Milz zeitweise an den verschiedensten Stellen der Abdominalhöhle praesentirt, bald nur wenig unter dem Rippenbogen, bald in der rechten bald in der linken Darmbeingegend erscheint, verlässt die Leber nur in der Weise ihren normalen Platz, dass sie einfach in derselben — also rechten — Abdominalhälfte je nach der Verlängerung ihrer Aufhängebänder mehr oder minder tief herabsinkt, dann in dieser Stellung verbleibt und weder in der linken Bauchhälfte noch an einer andern Stelle des Bauchraums zu finden ist. Ich glaube vielmehr in der Senkung der Gebärmutter und im Herabsteigen des Hodens ein besseres Analogon erblicken und demgemäss obige Bezeichnung descensus hepatis in Vorschlag bringen zu dürfen. Diese Organe verlassen ihre Stellung einfach so, dass sie in Folge von Veränderungen ihrer Fixationsbänder in bestimmter Richtung gerade nach unten tiefer treten und dann in dieser neuen Lage verharren. Man spricht daher nicht von einem uterus oder testis migrans, sondern nennt diese Ortsveränderungen descensus. Da nun auch die Lebersenkung nicht auf ein Mal, sondern allmählig, je nach der schnelleren Dehnung und Verlängerung der Bänder vor sich geht, so scheint mir die dem letzteren

Beispiel entlehnte Bezeichnung descensus hepatis die passendste zu sein.

Bevor ich die Arbeit schliesse, erlaube ich mir Herrn Prof. Dr. Vogt für seine Freundlichkeit, mit welcher er mir den Fall zur Bearbeitung überliess und mich stets auf das bereitwilligste unterstützte, meinen tiefgefühltesten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Felix Roderich David Koehler, geb. den 11. October 1848 zu Tilsit, Sohn des Pfarrers Otto David Koehler aus Heinrichswalde und seiner Ehefrau Therese geb. Kempfer, besuchte das Gymnasium seiner Vaterstadt und wurde Ostern 1870 mit dem Zeugniss der Reife entlassen. Er bezog die Universität zu Koenigsberg und widmete sich dem Studium der Medicin. Der Ausbruch des deutsch-französischen Krieges entzog ihn demselben und veranlasste ihn als Freiwilliger den Feldzug gegen Frankreich mit zu machen. In die Heimath zurückgekehrt, nahm er im Wintersemester 1871—72 die unterbrochenen Studien wieder auf, machte am 3. März 1874 das tentamen physicum, ging Ostern 1875 nach Greifswald und legte hier im Wintersemester 1876—77 das Staatsexamen ab. Das Examen rigorosum bestand er am 28. April 1877.

Während seiner Studienzeit hörte er folgende Vorlesungen:

In Koenigsberg bei den Herren:

Prof. Dr. Burdach: Osteologie, Gefässlehre, Nervenlehre.

Prof. Dr. v. Wittich: Methodologie, Physiologie der vegetativen Vorgänge, der animalen Prozesse, des Gehörs, der Stimme und Sprache, des Auges, des Kreislaufs, Uebungen im physiologischen Laboratorium, mikroskopischer Cursus.

Prof. Dr. Müller: Praeparirübungen. Gesammte Anatomie des Menschen. Ueber wirbellose Thiere. Vergleichende Anatomie. Entwickelung der Wirbelthiere.

Prof. Dr. Graebe: Anorganische und organische Chemie. Praktische Uebungen im chemischen Laboratorium.

Prof. Dr. Neumann: Pathologische Anatomie. Ueber Geschwülste. Pathologische Histologie. Pathologie der Knochen und Gelenke.

Prof. Dr. Jaffé: Arzneimittellehre. Physiologische Chemie. Chemie des Harns.

Prof. Dr. Schoenborn: Chirurgische Klinik. Chirurgischer Operations-Cursus.

Prof. Dr. Naunyn: Brustkrankheiten. Nierenkrankheiten. Medicinische Klinik.

Prof. Dr. Hildebrandt: Theoretische Geburtshülfe.

Dr. Schneider: Specielle Chirurgie. Hautkrankheiten.

In Greifswald bei den Herren:

Prof. Dr. Mosler: Medicinische Klinik uud Poliklinik. Specielle Pathologie. Nierenkrankheiten. Krankheiten der Milz.

Prof. Dr. Pernice: Geburtshülfliche Klinik mit Phantomübungen. Krankheiten der Neugeborenen.

Prof. Dr. Vogt: Chirurgische Verbandlehre. Zahn- und Ohrenheilkunde. Fracturen und Luxationen. Chirurgische Anatomie mit Demonstrationen. Propaedeutische Uebungen.

Prof. Dr. Schirmer: Augenheilkunde. Refractions- und Accommodationsstörungen des Auges. Ophthalmoskopische Uebungen. Cursus der Augenoperationen. Ausgewählte Capitel der Augenheilkunde. Augenklinik.

Prof. Dr. Hueter: Chirurgische Klinik und Poliklinik. Allgemeine Chirurgie. Operationen am Urogenitalapparat und am Darmtractus. Gelenkkrankheiten. Operationsübungen an der Leiche.

Prof. Dr. Grohé: Praktischer Cursus der pathologischen Anatomie. Ueber die Geschwülste. Ueber die parasitischen Krankheiten des Menschen.

Prof. Dr. Haeckermann: Ueber gerichtliche Medicin. Ueber öffentliche Gesundheitspflege und Medicinalpolizei.

Prof. Dr. Sommer: Histologie und mikroskopische Anatomie. Lage der Eingeweide im menschlichen Körper.

Thesen.

I.

Es giebt noch kein Antisepticum, welches allen Anforderungen der praktischen Medicin in jeder Hinsicht genügt.

II.

Die besten Resultate bei der Expulsion von Taenien werden erzielt, wenn die dynamische Wirkung des Bandwurmmittels auf mechanische Weise unterstützt wird.

III.

Die Anwesenheit eines nicht extrahirbaren Fremdkörpers im Auge indicirt die enucleatio bulbi.